

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DES  
INDICATIONS ET DE LA TECHNIQUE  
DE L'EXTIRPATION  
DE LA GLANDE DE BARTHOLIN

---

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 18 Décembre 1931

PAR

**Louis-Georges MÉTÉREAU**

Elève de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine  
et des Troupes Coloniales

Né à Rochefort-sur-mer (Charente-Inférieure), le 24 août 1907

---

|                        |   |                             |            |
|------------------------|---|-----------------------------|------------|
| Examineurs de la Thèse | { | MM. GUYOT, Professeur ..... | Président. |
|                        |   | BONNIN, Professeur .....    | Juges.     |
|                        |   | LOUBAT, Agrégé .....        |            |
|                        |   | JOULIA, Agrégé .....        |            |

---

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

—  
1931







Digitized by the Internet Archive  
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DES  
INDICATIONS ET DE LA TECHNIQUE  
DE L'EXTIRPATION  
DE LA GLANDE DE BARTHOLIN

---

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 18 Décembre 1931

PAR

**Louis-Georges MÉTÉREAU**

Elève de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine  
et des Troupes Coloniales

Né à Rochefort-sur-mer (Charente-Inférieure), le 24 août 1907

---

|                        |   |                             |            |
|------------------------|---|-----------------------------|------------|
| Examineurs de la Thèse | { | MM. GUYOT, Professeur ..... | Président. |
|                        |   | BONNIN, Professeur .....    | Juges.     |
|                        |   | LOUBAT, Agrégé .....        |            |
|                        |   | JOULIA, Agrégé .....        |            |

---

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

---

1931

# FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. .... Doyen

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH  
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC, DENIGES, AUCHE.

## PROFESSEURS

| MM.                         |              | MM                                   |
|-----------------------------|--------------|--------------------------------------|
| Clinique médicale .....     | MAURIAC.     | Clinique chirurgicale in-            |
| Clinique chirurgicale. .... | CASSAET.     | fantile et orthopédie ....           |
| Pathologie et thérapeuti-   | CHAVANNAZ.   | Clinique gynécologique...            |
| que générales. ....         | BEGOUIN.     | Clinique médicale des ma-            |
| Clinique d'accouchements.   | CARLES.      | ladies des enfants. ....             |
| Anatomie pathologique et    | ANDERODIAS.  | Chimie biologique et mé-             |
| microscopie clinique. ....  | SABRAZES.    | dicale. ....                         |
| Anatomie. ....              | VILLEMEN.    | Physique médicale et phar-           |
| Anatomie générale et his-   | G. DUBREUIL. | maceutique. ....                     |
| tologie. ....               | PACHON.      | Médecine coloniale et cli-           |
| Physiologie. ....           | LEURET.      | nique des maladies exoti-            |
| Hygiène. ....               | LANDE        | ques. ....                           |
| Médecine légale et déon-    | RÉCHOU       | Clinique des maladies cuta-          |
| tologie. ....               | CHELLE.      | nées et syphilitiques...             |
| Electroradiologie et clin.  | BEILLE.      | Clin. des mal. des voies urinaires.. |
| d'électricité médicale..    | DUPOUY.      | Clinique des maladies ner-           |
| Chimie. ....                | MANDOUL.     | veuses et mentales. ....             |
| Botanique et matière mé-    | DUPERIE.     | Clinique d'Oto-rhino-laryngologie... |
| dicale. ....                | TEULIÈRES.   | Toxicologie et hygiène ap-           |
| Pharmacie. ....             |              | pliquée. ....                        |
| Zoologie et parasitologie.. |              | Hydrologie thérapeutique             |
| Médecine expérimentale..    |              | et climatologie. ....                |
| Clinique ophtalmologique.   |              |                                      |

MICHELEAU (Médecine générale).

MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie). LACOSTE (Histologie).

## AGRÉGÉS EN EXERCICE

| MM.                        |                  | MM                          |
|----------------------------|------------------|-----------------------------|
| Anatomie .....             | DUBECO.          | Chirurgie générale. ....    |
| Technologie. ....          | DUFOUR.          | Obstétrique. ....           |
| Physiologie. ....          | FABRE.           | Ophtalmologie. ....         |
| Parasitologie et Sciences) | R. SIGALAS.      | Dermatologie et syphilogra- |
| naturelles. ....           | CREYX            | phie. ....                  |
| Médecine générale. ....    | AUBERTIN.        | Chimie générale pharma-     |
|                            | DAMADE.          | ceutique et toxicologie...  |
|                            | PIECHAUD.        |                             |
|                            | DELMAS-MARSALET. |                             |
| Maladies mentales. ....    | PERRENS.         |                             |

## COURS COMPLÉMENTAIRES :

| MM.                       |          | MM.                             |
|---------------------------|----------|---------------------------------|
| Clinique dentaire. ....   | CAVALIE  | Puériculture. ....              |
| Médecine opératoire. .... | PAPIN    | Pharmacie chimique. ....        |
| Accouchements. ....       | RIVIÈRE. | Zoologie et parasitologie. .... |
| Ophtalmologie. ....       | CABANNES |                                 |

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N...

Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle. .... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PERE

---

A MA MERE

*Que cet ouvrage bien modeste  
leur soit un gage de ma profonde  
affection et de toute la reconnais-  
sance que je leur garde.*

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

---

A TOUS LES MIENS

---

A TOUS MES AMIS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE  
ET DES HÔPITAUX

---

A MES JUGES

---

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN  
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ  
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES DE BORDEAUX  
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR  
DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE  
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MON PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE A LA FACULTÉ

DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

ET DE L'ORDRE DE SAINTE-ANNE DE RUSSIE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*En hommage déferent.*

## AVANT-PROPOS

---

Nous ne saurions laisser passer l'occasion que nous fournit la tradition d'exprimer notre gratitude aux maîtres qui, pendant nos premières années d'études, et lors de notre passage à la Faculté de Bordeaux ont su diriger notre éducation universitaire. Qu'ils trouvent ici une marque de notre reconnaissance et nos remerciements.

Nous remercions tout particulièrement M. le Professeur Guyot qui a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse et qui nous en a facilité l'exécution par ses précieux conseils. Nous comprenons tout l'honneur qu'il nous a fait d'en accepter la présidence. Parmi les excellents souvenirs que nous emportons de la Faculté de Médecine de Bordeaux, celui de cet admirable et savant maître sera des plus profonds et des plus durables.

Monsieur le Docteur Villar a bien voulu à plusieurs reprises nous aider à mettre définitivement au point certaines parties de notre thèse, nous le prions de trouver ici l'expression de notre très sincère reconnaissance.

Nous devons enfin au talent de notre ami le Docteur Jacques Berthon les dessins qui illustrent cette thèse. Qu'il trouve ici en même temps que nos remerciements l'expression de notre amitié sincère.

---

## INTRODUCTION

---

L'extirpation des glandes de Bartholin est aujourd'hui une opération banale que tous les chirurgiens sont à même de pratiquer. Ce n'est pourtant pas qu'elle soit absolument exempte de difficultés. La région sur laquelle on opère étant très vasculaire, l'hémorragie est abondante et l'hémostase difficile, et la dissection n'est pas toujours aisée. Etant stagiaire dans le service de M. le Professeur Guyot, nous avons été frappés par la technique que nous lui avons vu employer, complètement différente de celles que nous avions vu employer dans les autres services ou que nous avions lu dans les livres, et par les avantages qu'elle offrait. Nous avons essayé dans ce modeste travail d'exposer cette technique après avoir tenté de dresser le tableau des indications de l'extirpation au cours des diverses affections de la glande. Cela nous a conduit à un exposé sommaire de l'anatomie et de la pathologie de la glande de Bartholin dont nous nous excusons. C'était là en effet un sujet bien connu et rebattu, mais cela nous a paru nécessaire à l'unité de notre travail.

Voici le plan que nous nous proposons de suivre.

Chapitre I<sup>er</sup>. — Anatomie de la glande de Bartholin.

Chapitre II. — Pathologie de la glande de Bartholin.

Chapitre III. — Indications de l'extirpation de la glande.

Chapitre IV. — Technique de cette extirpation.

Chapitre V. — Observations.

Conclusions.

---

## CHAPITRE PREMIER

### ANATOMIE ET HISTOLOGIE DES GLANDES DE BARTHOLIN

---

Les glandes de Bartholin sont des glandes mucipares débouchant dans le fond du canal vulvaire. Ce sont les « glandule vestibulares majores » des anatomistes allemands, homologues des glandes de Cowper chez l'homme.

*Généralités.* — Elles sont au nombre de deux, symétriques, une de chaque côté. Situées à la partie postéro-latérale de l'orifice vulvaire, entre lui et l'ischion, elles sont exactement à 1 cm. au-dessous de l'implantation de l'hymen, et à 2 ou 3 cm. au-dessous du bord libre des grandes lèvres. Topographiquement, elles appartiennent à la loge périnéale moyenne, entre l'aponévrose périnéale inférieure qui les sépare des téguments et l'aponévrose périnéale moyenne les séparant de l'excavation pelvienne.

Petites chez l'enfant, elles augmentent de volume à la puberté pour atteindre leur maximum de développement chez l'adulte. S'atrophiant dans la vieillesse, elles ont donc une signification nettement génitale. Leur volume varie de celui d'un pois à celui d'une petite amande, il varie d'autre part d'un côté à l'autre. Les dimensions en sont de 12 à 15 millimètres de longueur, sur 8 à 10 de largeur en moyenne. Leur poids est d'environ 4 à 5 grammes.

Elles sont de couleur grisâtre, tirant sur le jaune. Parfois elles sont cependant gris rosées ou plus ou moins rougeâtres. Leur consistance varie avec leur réplétion : fermes, résistan-

tes, élastiques quand elles sont distendues par le liquide sécrété, elles deviennent plus molles, flasques et facilement dépressibles après évacuation de leur contenu.

*Rapports.* — A) Glande proprement dite. La face externe, convexe, regarde en dehors et un peu en bas; elle est recouverte immédiatement par des veines, par le rameau profond de la branche périnéale du nerf honteux interne par le muscle bulbo-caverneux. Plus superficiellement, elle est en contact avec les nerfs périnéaux superficiels et l'aponévrose périnéale inférieure qui la sépare du tissu cellulaire et de la peau de la grande lèvre.

Dans sa partie antérieure, la face externe touche le bulbe du vagin qu'elle déborde en arrière.

La face interne, plane ou concave, regarde en dedans et en haut. Elle répond au vagin dont la sépare un prolongement de l'aponévrose moyenne et le muscle sphincter de la vulve.

Le bord inférieur est recouvert par les fibres du bulbo-caverneux. Le bord supérieur repose sur le diaphragme urogénital, dans l'épaisseur duquel s'insinuent souvent quelques lobules glandulaires.

L'extrémité postérieure est en rapport avec les faisceaux antérieurs du transverse superficiel du périnée. Elle se prolonge plus ou moins loin du côté du rectum.

L'extrémité antérieure est en contact avec le bulbe vestibulaire qui souvent la recouvre; elle n'atteint pas la partie moyenne de l'orifice vaginal.

B) Le canal excréteur se détache de la glande sur sa face interne, tout près du bord inférieur. Il est large de 2 millimètres, long de un centimètre et demi à deux, oblique de haut en bas, d'arrière en avant et de dehors en dedans.

Il s'ouvre par un orifice arrondi dans le sillon qui sépare les petites lèvres de l'hymen ou de ses débris caronculeux. On le rencontre d'ordinaire à la partie moyenne de l'extrémité inférieure du vagin, à l'union de son tiers postérieur avec ses deux tiers antérieurs. Il peut être double. Son embouchure est arrondie, un peu élargie, parfois déprimée en entonnoir,

souvent entourée par un petit cercle rougeâtre. Elle n'est pas toujours facile à apercevoir et peut être voilée par un petit pli falciforme. Il est en général assez large pour permettre le passage d'un stylet ou d'un cathéter.

*Vaisseaux et nerfs.* — Les artères viennent de la honteuse interne, ordinairement de sa branche bulbaire ou vestibulaire et aussi de l'artère périnéale superficielle.

Les veînes, nombreuses, plexiformes, se jettent, les unes directement dans la honteuse interne, les autres dans les veînes du bulbe et de l'extrémité inférieure du vagin.

Les lymphatiques vont aux ganglions inguinaux ou aux ganglions du bassin, on manque sur ce point de données positives.

Les nerfs sont abondants. Quelques-uns viennent des filets sympathiques péri-vasculaires, d'autres dépendent de la branche périnéo-vulvaire du nerf honteux.

*Structure.* — Flemming regarde les glandes de Bartholin comme des glandes tubulées ramifiées, formées d'une série de lobes séparés les uns des autres par des éléments contractiles.

a) Chaque lobe est formé de tubes sécréteurs dont l'épithélium clair est disposé sur un seul rang. Ces cellules sont hautes sur la glande chargée de son produit de sécrétion, basses quand celle-ci s'est effectuée;

b) Les tubes débouchent par un segment rétréci dans un large sinus revêtu d'un épithélium cubique sur un seul rang. De ce sinus se détache un canal excréteur dont l'épithélium est polyédrique. C'est seulement dans le canal collecteur commun que l'épithélium se stratifie et prend successivement la forme prismatique et pavimenteuse.

c) Stroma conjonctif. Tous ces éléments sont enserrés dans une gangue conjonctive très développée qui se continue à la périphérie de la glande avec le tissu cellulaire du voisinage, et dans l'épaisseur duquel se trouvent des fibres élastiques et musculaires lisses.

## CHAPITRE II

### PATHOLOGIE DE LA GLANDE DE BARTHOLIN

---

Les affections de la glande de Bartholin sont de deux sortes : les premières, d'origine inflammatoire, sont les bartholinites aiguës et chroniques, les secondes, d'origine non inflammatoire, sont les kystes et les cancers de la glande. Nous allons les passer en revue rapidement.

#### 1<sup>o</sup> Bartholinite aiguë

Elles sont connues depuis les travaux de Huguier en 1850 et 1852, et depuis ont été l'objet d'un grand nombre d'études et de travaux qui ont fixé leur étiologie et leur symptomatologie.

*Etiologie.* — C'est là une affection de femme jeune, en pleine activité génitale, le maximum de fréquence s'observant entre 18 et 25 ans. Exceptionnelle chez les petites filles, elle devient également rare chez le vieillard. Les facteurs de congestion vulvaire comme la menstruation, ou d'hyperfonctionnement de la glande — excitations sexuelles répétées, masturbation coïts fréquents — sont des causes prédisposantes certaines.

Quant à la cause efficiente de l'infection, c'est la plupart du temps la blennorrhagie qui doit être mise en cause. Dans 80 à 90 % des cas, d'après les recherches de Burmm, Aramy, Hallé, Dujonc, Colombini, la bartholinite aiguë est causée par le gonocoque. Dans les autres cas, on trouve dans le pus soit le streptocoque au cours de l'infection puerpérale (Dujonc), soit le staphylocoque (Leblanc), soit même des anaéro-

bies, parfois à l'état de pureté; Veillon en rapporta le premier cas.

*Anatomie pathologique.* — Il s'agit d'une véritable adénite suppurée. Au début, la région est empâtée et rouge : à l'infection de la glande s'ajoute de la périglandulite.

A la période d'état, on trouve une collection purulente encapsulée dans une coque fibreuse. La glande, transformée en éponge purulente, se détruit petit à petit. Le pus s'y rencontre en quantité variable, de quelques gouttes à un verre à bordeaux; il est en général jaune verdâtre et inodore, parfois roussâtre par suite de la présence de sang, ou fétide si l'infection est due aux anaérobies.

*Symptomatologie.* — Le début d'une bartholinite aiguë peut se faire de deux manières différentes :

Dans un premier cas, brusquement, en l'espace de quelques heures, sans prodromes, la glande devient douloureuse, la grande lèvre se tuméfie, quelques phénomènes généraux se dessinent : fièvre légère à 38°, 38° 5, manquant souvent d'ailleurs.

Dans le second cas, le plus fréquent de beaucoup, le début est insidieux : chez une femme qui depuis quelques jours présente tous les signes d'une blennorrhagie aiguë, cuisson à la miction, pertes verdâtres, progressivement la douleur augmente et se localise à la partie postérieure d'une des grandes lèvres. La femme ressent alors une sensation de gêne, de pesanteur périnéale, et l'introduction d'un corps étranger dans le vagin ou le coït deviennent douloureux.

L'examen de la malade est très difficile, elle craint la douleur que toute tentative d'exploration exaspère. L'inspection montre le repli vulvaire renflé d'un côté à sa partie inférieure qui descend plus bas que celle du côté opposé. Cette tumeur, de volume variable, est nettement vulvaire, se détachant de l'ischion et de la région crurale. En ouvrant la vulve on voit que la petite lèvre, normale, en haut est dépliée à sa

partie inférieure, avec disparition du sillon nympho-labial. La muqueuse est rouge, chaude, et la tumeur, bombant dans le vagin, en obstrue plus ou moins l'orifice. La muqueuse des petites lèvres est adhérente à l'abcès. Du pus vient le plus souvent sourdre à l'orifice du canal excréteur.

Au bout de quelques jours, le pus se collecte plus abondamment, la fluctuation apparaît, en premier à la face interne de la grande lèvre, et recherchée en mettant l'index dans le vagin et le pouce sur la face externe de la grande lèvre. En même temps, les douleurs deviennent intenses prenant un caractère pongitif, lancinant, avec irradiations vers l'aîne, les cuisses ou le périnée, la marche devient très pénible.

*Evolution.* — Et si l'on abandonne l'affection à elle-même, le pus cherche à faire issue hors de la glande par l'orifice du canal excréteur, mais cette voie devenant insuffisante, il se fait jour à travers la muqueuse soit en dedans, du côté de la vulve, soit en arrière, vers le périnée et le rectum, retenu en dehors par les aponévroses périnéales. Et, d'une part, parce que ces ouvertures se font dans le voisinage d'un orifice naturel, d'autre part, parce que la suppuration se prolonge, entretenue par les foyers acineux, très souvent elles deviennent des fistules faisant communiquer la glande avec la vulve, ou en arrière avec le périnée et le rectum. Ces fistules constituent de véritables complications de l'affection. Quand elles ne se produisent pas, la cicatrisation se fait, lentement, laissant une cicatrice en général caractéristique.

Dans certains cas, l'ouverture tardant à se faire et l'inflammation gagnant du terrain, à la bartholinite aiguë peut faire suite le phlegmon de la grande lèvre. Par contre, dans certains cas heureux, la suppuration reste peu abondante; le pus se résorbe et à bartholinite aiguë succède une bartholinite chronique avec tous ses ennuis.

*Diagnostic.* — Il est assez facile à faire :

a) Avec le phlegmon de la grande lèvre dans lequel le gonflement se fait vers la face externe de la grande lèvre et

la peau, tandis que dans la bartholinite il se fait vers la face interne et la muqueuse.

b) Avec le furoncle de la face interne de la grande lèvre, superficiel, acuminé, tandis que l'abcès de la glande est en pleine épaisseur.

## 2<sup>o</sup> Bartholinite chronique

Connue également depuis les travaux de Huguier, cette affection fut étudiée avec les bartholinites aiguës, répondant d'ailleurs à la même étiologie qu'elles. C'est dire que sur ce sujet également un grand nombre de travaux ont été publiés.

*Anatomie pathologique.* — La glande est indurée, de la grosseur d'un pois, d'une noisette, voire d'une noix. Elle est mobile et peut être énuclée par la pression à travers les tissus, sans que l'expression fasse sourdre la moindre sécrétion par le canal excréteur : il s'agit alors de la forme scléreuse. Ou bien, un écoulement séro-purulent apparaît, la forme scléro-séreuse est constituée.

A l'examen, la glande est dure, de couleur blanchâtre, résistante à la section comme du caoutchouc. Le microscope montre le tissu glandulaire enserré dans une gangue fibreuse, la lumière des conduits glandulaires est diminuée, encombrée par les cellules épithéliales desquamées et nécrosées. Les vaisseaux sont fortement épaissis. Dans les cavités acineuses, on trouve du pus contenant des leucocytes et des microbes : gonocoques et microbes banaux, qui vont en diminuant de nombre à mesure que l'affection évolue.

*Symptomatologie.* — Souvent elle fait suite à une bartholinite aiguë guérie apparemment, mais plus souvent encore, elle s'établit d'emblée. Huguier la désignait sous le nom d'« hypersécrétion purulente », Hamonic et Fauvel l'ont bien décrite comme une manifestation rebelle de la gonorrhée. Elle s'établit insidieusement, « à l'insu du malade » disait

Verchère, avec quelques vagues sensations de tension du côté du vagin, quelques picotements aux moments des époques menstruelles, ou à la suite de coïts répétés. De là le danger de cette forme, par sa latence, au point de vue de la contagion: Il faut donc la rechercher attentivement et systématiquement sous peine de l'ignorer.

L'examen de la vulve permet, après avoir écarté grandes et petites lèvres, de reconnaître au niveau de l'orifice du conduit excréteur, des deux côtés ou d'un seul, la présence d'une érosion dont la couleur rouge vif tranche sur la muqueuse environnante. Cette érosion est la tache de Sängér dont les dimensions varient de celles d'une lentille à celles d'une pièce de 50 centimes. En son centre, on reconnaît l'orifice du canal excréteur de la glande, entouré de quelques bourgeons papilliformes. La constatation de cette tache est un sûr moyen de diagnostiquer la bartholinite chronique.

Un autre moyen de diagnostic consiste dans la palpation avec deux doigts, l'index introduit dans le vagin, et le pouce placé sur la grande lèvre. On peut ainsi saisir la glande entre les deux doigts et sentir un noyau induré, agumenté de volume, roulant sous le doigt et légèrement douloureux. La pression un peu accentuée peut faire sourdre, au niveau de l'orifice canaliculaire, une gouttelette de muco-pus.

*Evolution.* — La marche d'une bartholinite chronique est très irrégulière. Sous l'influence de congestions de causes diverses, des poussées aiguës surviennent avec leur cortège de symptômes douloureux. Puis tout se calme pour reprendre quelques temps après, on assiste à l'évolution d'une véritable bartholinite à répétition à laquelle, en dehors de l'intervention, rien ne viendra mettre un terme.

Ces poussées aiguës survenant au cours d'une bartholinite chronique non traitée, répondent à la formation de petits abcès glandulaires. Ceux-ci, en s'évacuant à travers la muqueuse, laissent en général une fistule persistante, et cette complication est ici encore plus fréquente que dans la bartho-

linite aiguë simple. Ces fistules peuvent ici encore être vulvaires, périnéales ou rectales, vaginales, suivant leur trajet. Quand la bartholinite évolue depuis quelques temps et que plusieurs épisodes aigus se sont produits, on peut trouver au niveau de la vulve plusieurs trajets fistuleux plus ou moins rapprochés; le stylet introduit dans ces trajets mène à des foyers distincts, correspondants aux divers lobules de la glande (abcès granuleux de Huguier). Ces fistules, bénignes le plus souvent, peuvent dans certains cas amener des désordres sérieux, elles constituent une véritable complication de la bartholinite chronique. Enfin, une notion importante est celle de la contagiosité des malades porteuses de bartholinites chroniques, toutes sont contagieuses pendant tout le temps qu'elles sont porteuses de leur affection. Ceci a son importance nous le verrons à propos des indications de l'extirpation.

*Diagnostic.* — L'érosion de Sängér quand elle est très prononcée peut induire en erreur et faire croire à un chancre mou, un chancre syphilitique ou une plaque muqueuse. Il peut d'ailleurs y avoir coexistence de l'une de ces affections avec la bartholinite chronique, car la tache de Sängér constitue pour elles un point d'appel.

Le chancre mou se distingue parce qu'il est douloureux, multiple, et accompagné d'adénite inguinale. De plus on ne trouve pas de lésions de la glande.

Le chancre syphilitique, lui, est surélevé, a un aspect spécial, est induré et accompagné de son adénite polyganglionnaire indolore.

La tumeur elle-même constituée par la bartholinite devra être distinguée d'un kyste ou d'un cancer de la glande. Le kyste laisse sourdre à la pression un liquide visqueux, clair, filant, et non purulent. Le cancer, lui, présente au palper une dureté ligneuse assez caractéristique.

### 3<sup>o</sup> Kystes de la glande de Bartholin

Le premier travail sur les kystes de la vulve, celui de Boïs, de Louris ne mentionne pas expressément les kystes de la glande bien que son auteur ait semblé les soupçonner. C'est encore à Huguier que revient le mérite d'avoir en 1850 fait la première étude sur cette affection. Depuis, de nombreux travaux, de Bonnet (1888), Pillot (1893), Claude Martin (1898), Cullen (1905), les thèses de Leroux (1878), Raffali (1903) et Lacamp (1906), ont mis au point cette question.

*Etiologie.* — Ces kystes se développent dans la période d'activité sexuelle, presque jamais avant 17 ans et rarement après 45; le plus souvent de 18 à 27 ans. Ils seraient d'après des statistiques un peu plus fréquents à gauche qu'à droite sans qu'on ait pu donner l'explication de ce fait.

Il y aurait des causes prédisposantes locales certaines : traumatismes par excès de coït, masturbation. Le rôle de certaines professions serait aussi à envisager, comme par exemple l'emploi de la machine à coudre.

On a voulu faire jouer un rôle aux inflammations antérieures de la glande; en réalité, la transformation de bartholinites chroniques en kystes paraît rare : Franco, dans sa thèse, en relève 2 cas sur 123 malades.

*Pathogénie.* — Il s'agit de kystes par rétention. Il y a obstacle à l'écoulement de la sécrétion, celle-ci s'accumule dans les culs de sacs glandulaires et les transforme en cavités kystiques. Tantôt c'est un acinus qui se dilate, donnant naissance à un kyste glandulaire, tantôt c'est le canal excréteur, d'où kyste canaliculaire.

La cause même de l'oblitération est mal connue. Elle pourrait résider au niveau de l'orifice vulvaire du canal excréteur, constituée par une plaque d'eczéma, une végétation, une bride cicatricielle. Pour certains auteurs, cette oblitération serait une conséquence directe de la gonorrhée par sclérose infectieuse.

*Anatomie pathologique.* — Ces kystes, sphériques au début, peuvent ensuite envoyer des prolongements le long des parois du vagin et du rectum. Leur volume varie de celui d'un petit pois à celui d'un œuf de poule rarement plus gros. Ce volume peut d'ailleurs être variable, augmentant au moment des règles.

Au point de vue de leur siège anatomique, on en distingue deux types :

a) Kystes du canal excréteur de Huguier, ou superficiels de Pozzi;

b) Kystes de la glande de Huguier, ou profonds de Pozzi.

Ces derniers sont les plus fréquents et les plus importants. Ils sont situés profondément, en plein tissu glandulaire, dans l'épaisseur de la grande lèvre, et peuvent être multiples, accolés ou même communicants (dans deux cas de Vidal et de Boïs de Louris).

Le plus souvent on a affaire à un kyste unique, occupant un lobule glandulaire, de volume variant d'une noix à un œuf de poule, rarement plus considérable. Parfois cependant, très volumineux ils peuvent envoyer des prolongements jusque dans le bassin; mais le plus souvent ils se développent en avant (cas de Chourakyne où la tumeur descendait jusqu'au genou).

Au point de vue histologique, la paroi présente trois couches :

a) Couche externe celluleuse, riche en vaisseaux;

b) Couche moyenne, la plus épaisse, dense, résistante, très fibreuse;

c) Couche interne constituée par un revêtement épithélial pavimenteux, cubique ou à hautes cellules cylindriques.

Le contenu du kyste est un liquide muqueux, filant, blanc jaunâtre à réaction alcaline, contenant de nombreux cristaux de cholestérine.

*Rapports du kyste.* — Tout autour de la tumeur, la glande est dissociée et adhérente aux tissus voisins : constricteur du

vagin, transverse du périnée et fibres charnues remplaçant le bulbo caverneux. Ces muscles cimentent le kyste, d'où des difficultés lors de l'extirpation. La tumeur n'adhère jamais à la peau, elle est unie en dedans à la muqueuse vulvo-vaginale par le canal excréteur, et en dehors à la partie interne de la branche ascendante de l'ischion par les vaisseaux.

*Symptomatologie.* — Elle est différente suivant la variété du kyste.

a) Kystes superficiels. Ce sont les plus apparents, ceux qui déforment le plus la vulve. Leur volume est celui d'une noisette ou d'une noix, leur axe est dirigé transversalement dans le sens du canal excréteur. Ils siègent à la base de la petite lèvre qu'ils soulèvent, et font saillie sous la muqueuse vaginale qui glisse sur eux. Par la pression, on fait sourdre au niveau de l'orifice du canal excréteur un peu de liquide clair, transparent, visqueux et filant

b) Kystes profonds On a ici une tumeur oblongue, plus volumineuse que la précédente, plus profondément située dans l'épaisseur de la partie inférieure de la grande lèvre. Elle soulève cette grande lèvre, et le pli nympho-labial s'efface. La tumeur ne fait pas saillie en dedans, au niveau du vagin, mais plutôt en dehors, à la face externe de la grande lèvre.

La palpation permet de reconnaître une tumeur fluctuante ou rénitente selon le degré de tension du liquide à l'intérieur. Parfois, autour de la poche principale, on sent des nodosités qui sont autant de kystes accessoires. Indolores, ces kystes peuvent seulement, par le volume, gêner plus ou moins la marche, le coït et la miction. Ils peuvent être également en cas de grossesse, par leur volume, cause de dystocie. Par ailleurs, ils se développent lentement et insidieusement.

*Complications.* — Selon Huguier, ces kystes pourraient évoluer vers la suppuration. Ils pourraient même aboutir à un phlegmon de la grande lèvre avec engorgement des ganglions inguinaux (Leroux, Lerat, Fauvel). Leur ouverture

spontanée peut alors être suivie de suppuration interminable, et de fistulation.

D'autre part, ces kystes pourraient subir une dégénérescence maligne, Bonnet admet qu'ils peuvent donner des épithéliomas vulvaires, Lerat en aurait vu deux cas. En tous cas, cette transformation est extrêmement rare.

#### 4<sup>o</sup> Cancer de la glande de Bartholin.

Cette affection n'est bien connue que depuis peu. Simm la soupçonna en 1880 au cours d'une autopsie, puis Pozzi la mentionna le premier. Depuis, des observations ont été publiées et de nombreux travaux effectués à l'étranger et en France : article de Lestrade, de M. le professeur Bégouin en 1906, thèses de Savournin (1908), Gomez (1914).

*Étiologie.* — Le cancer de la glande de Bartholin est assez rare, Savournin en rapporte 15 observations, Gomez 20. Certains peuvent d'ailleurs être méconnus et diagnostiqués cancers de la vulve.

Leur âge d'élection est de 40 à 60 ans. Leur étiologie est inconnue.

Peut-être pourrait-on faire jouer un rôle aux inflammations antérieures, peut-être également s'agit-il dans certains cas de la dégénérescence d'une tumeur bénigne, nous avons vu que plusieurs auteurs admettent en particulier la transformation du kyste en épithélioma.

*Anatomie pathologique.* — La tumeur est dure, plus ou moins bosselée et mobile sur les plans profonds. Elle siège au tiers inférieur de la grande lèvre. La peau est selon les cas mobile ou adhérente. L'adénopathie inguinale est inconstante. La grosseur de la tumeur varie du volume d'une prune à celui du poing.

Au point de vue histologique, dans les tumeurs développées aux dépens de la glande il s'agit presque toujours d'un carcinome alvéolaire. Dans un cas seulement on avait affaire à un épithélioma papillaire kystique. Les tumeurs du canal

excréteur sont des épithéliomas cylindriques, à apparence de choux-fleurs.

*Symptomatologie.* — Le début est insidieux car indolore. Il se produit une tuméfaction qui augmente lentement de volume. Les douleurs apparaissent tardivement, s'irradiant alors vers le périnée, les cuisses et la région lombaire. Elles sont spontanées ou provoquées. Il y a à ce moment gêne des mouvements, de la marche. Quelques pertes vaginales peuvent se produire.

La palpation permet de sentir dans la partie postérieure de la grande lèvre une tumeur dure, à consistance ligneuse, plus ou moins adhérente aux tissus avoisinants et à la peau. Cette tumeur reste longtemps indolore. Il ne faut pas oublier de rechercher les ganglions inguinaux dont la présence aggrave le pronostic.

*Evolution.* — Elle est celle de tous les cancers, l'état général reste bon assez longtemps, puis tend vers la cachexie. L'évolution est ici assez lente, l'adénopathie en général tardive, uni ou bilatérale.

*Diagnostic.* — Avec la bartholinite chronique ou le kyste de la glande, il se fait par l'évolution, l'absence de fluctuation, la consistance spéciale du cancer, l'adhérence à la peau quand elle existe. Il peut cependant être assez difficile au début, cela a peu d'importance puisque, nous le verrons par la suite, le traitement est le même pour ces trois affections.

---

## CHAPITRE III

### INDICATIONS DE L'EXTIRPATION DE LA GLANDE.

---

#### 1° L'extirpation dans les bartholinites aiguës.

Nous avons vu qu'on ne pouvait abandonner à elle-même une bartholinite aiguë sous peine de complications. Dès 1885, Jullien donnait la marche à suivre dans le traitement de cette affection : « Quand la vulvite se complique d'abcès, il faut essayer les résolutifs, mais sitôt cet espoir perdu, il faut débrider car de Amicis à reconnu que tous les cas de fistules vulvo rectales étaient dues à l'expectation. »

Le traitement résolutif qui fut donc le premier essayé consistait en pansements humides répétés, pulvérisations antiseptiques, badigeonnages à la teinture d'iode. Il agit bien rarement, quand la malade est vue dès le début de la période d'inflammation, avant qu'aucune suppuration ne soit établie. Or, la plupart du temps, quand on voit la malade, ce stade est largement dépassé et il faut intervenir. Plusieurs modes d'interventions furent tentés successivement.

La bartholinite aiguë fut tout d'abord incisée. Velpeau et Guérin faisaient une incision simple sur la face antéro-externe de l'abcès. Velpeau choisissait ce point pour éviter la stagnation du pus entre les grandes lèvres. Guérin l'avait adopté pour des raisons anatomiques : « En incisant en dedans de la grande lèvre, dit-il, on rencontre la partie la plus épaisse de l'aponévrose superficielle qui s'oppose au recollement des tissus, reste longtemps béante, et, par son peu de tendance à se cicatriser, donne souvent naissance à des fistules. » Mais

la simple incision reste le plus souvent insuffisante, elle a tendance à s'oblitérer rapidement, avant que le fond de l'abcès n'ait eu le temps de se combler, la membrane pyogène continue à former du pus et, si l'ouverture ne fait que se rétrécir, il y a fistule, si elle se ferme, l'abcès se reproduit.

Pour remédier à cet inconvénient on a essayé :

a) L'incision suivie du bourrage de la cavité vidée avec de la gaze antiseptique, iodoformée ou salolée. Cette gaze s'imbibant devient très vite un tampon purulent, il est très difficile de tenir le pansement propre, et la plaie opératoire est très longue à guérir, d'où ici encore danger de fistule, le résultat cherché n'est pas atteint.

b) Le débridement de l'abcès et drainage de la cavité avec un drain de caoutchouc. Ce procédé, proposé par Gosselin, bien que meilleur que le précédent, présente le même défaut de ne pas mettre à l'abri la malade des risques de récurrence et de fistulisation.

c) L'incision suivie d'attouchements de la cavité avec un liquide caustique : alcool, teinture d'iode, chlorure de zinc, nitrate d'argent, eau oxygénée. Ce procédé a à son actif quelques succès. Il a l'inconvénient d'être très douloureux, partant rarement accepté des malades, et d'être aveugle, d'où encore risque de récurrences puisque l'on n'est pas sûr d'avoir tout détruit. Une réserve est à faire quant à l'emploi de l'eau oxygénée qui a guéri complètement certaines bartholinites à anaérobies.

d) L'incision et destruction de la membrane pyogène au thermocautère. Procédé proposé par Leblond, simple et facile, on détruit largement les tissus glandulaires et périglandulaires, il y a formation d'une eschare qui s'élimine laissant une plaie qui se cicatrise. Doléris emploie une variante faisant l'incision au bistouri et détruisant la glande au thermocautère, sans toucher aux bords de la plaie. Ces deux procédés sont bons et aboutissent en général à la guérison. Mais ils ne mettent à l'abri de récurrences et de fistulisation qu'au prix d'une très grande perte de substance. En effet, ils sont

aveugles, et il ne faut pas oublier que le moindre cul-de-sac glandulaire oublié peut être le point de départ d'une infection nouvelle. D'où à la suite de cette destruction large des tissus, des cicatrices parfois vicieuses et presque toujours inesthétiques.

e) L'incision suivie d'un raclage à la curette. Ce procédé proposé par Fostier donne d'excellents résultats immédiats. Mais, de l'avis même de son auteur, il ne guérit pas complètement, la cicatrisation faite, il persiste un petit noyau qui peut permettre à plus ou moins longue échéance une récurrence. D'où ce conseil que donne Fostier d'aller après la guérison extirper ce noyau fibreux.

De tous les procédés que nous venons de passer en revue, aucun, nous l'avons vu, n'aboutit avec certitude à la guérison de l'affection. Vider l'abcès, mettre à l'abri des fistules et des récurrences, voilà le résultat à obtenir. Et on arrive à cette conclusion formulée par Verchère : « Nous ne saurions mieux faire, disait-il, que de suivre les principes de Jean-Louis Petit en conseillant de faire d'emblée la grande opération, comme il le conseille dans les abcès de la marge de l'anus, pour éviter la fistulisation ultérieure, et de recommander la conduite que nous suivons toujours en pareil cas : l'ablation du conduit et de la glande elle-même ». C'est, en effet, l'extirpation complète de la glande qui seule pourra permettre de répondre de la guérison. Elle constituera donc le traitement de choix de la bartholinite aiguë. Cependant, dans les cas d'urgence, quand la fluctuation trop prononcée montre que la collection est prête à se faire jour, et qu'on ne peut plus disséquer la glande sans l'ouvrir, on aura recours au procédé indiqué par Fostier. Dans un premier temps, on incisera la glande en faisant suivre cette incision d'un curettage attentif des parois de l'abcès pour en enlever le plus possible. Puis, dans un second temps, une fois la cicatrisation obtenue, on pratiquera à froid l'extirpation du noyau fibreux qui reste, pour assurer à la malade une guérison définitive.

## 2° L'Extirpation dans les bartholinites chroniques

Nous avons vu combien était fréquente la transformation des abcès aigus de la glande en abcès chroniques. Ces derniers sont en réalité ceux que le praticien aura le plus souvent à traiter, à condition toutefois qu'il les recherche de parti pris. Les malades, en effet, consultent pour une bartholinite aiguë dont ils souffrent, mais ne se soucient que peu d'une affection qui, comme la bartholinite chronique, les gêne au minimum. Et cependant, au point de vue de la transmission de la blennorrhagie, c'est cette inflammation chronique des glandes qui présente le plus de danger. Toutes les fois que la bartholinite chronique est dépistée, il est donc nécessaire de faire comprendre à la malade la nécessité de s'en débarrasser, malgré le peu de danger que l'affection présente par elle-même. Mais, très souvent, devant le peu de gêne que leur cause leur affection, et par crainte exagérée d'une opération, les malades se refusent absolument à envisager toute intervention. On comprend donc pourquoi on a essayé de traiter la bartholinite chronique sans opérer. On a essayé dans le cas de fistules leur raclage, mais ce procédé ne s'attaquant qu'aux voies d'écoulement, non à la cause, donne peu de résultats. On a essayé surtout d'obtenir une sclérose de la glande en y injectant des liquides modificateurs par cathétérisme du canal excréteur. On a employé ainsi sans grand succès la teinture d'iode et le nitrate d'argent au 1/30°. Cordier utilisa l'acide salicylique, il injecte dans la glande, par le canal excréteur, un demi-centimètre cube d'acide à saturation dans l'alcool. Cette injection est suivie d'une vive douleur, puis tout rentre dans l'ordre, le lendemain on constate une réaction inflammatoire assez vive qui disparaît en cinq ou six jours. Au bout de ce temps la sécrétion est tarie, la glande se transforme en un noyau fibreux très induré, du volume d'un haricot, la malade est guérie. Il n'en est pas toujours de même, et souvent les injections succèdent aux injections, l'écoulement continue comme si rien n'avait

été tenté. Les insuccès sont fréquents bien que Cordier, promoteur de la méthode, soutienne que rarement une deuxième injection soit nécessaire.

Avec le même succès relatif, Eymeri injecte dans la glande une solution concentrée de permanganate de potasse au 1/20. Quelques cas de guérison ont été obtenus ainsi, mais les insuccès sont fréquents.

Toutes ces méthodes sont des méthodes d'exception, à essayer seulement pour les malades qui s'opposent absolument à l'intervention. Le seul traitement de la bartholinite chronique, celui qui seul amène une guérison complète est le traitement chirurgical, l'extirpation de la glande auquel, la plupart du temps, il faut s'adresser.

Nous avons vu qu'une bartholinite chronique pouvait par son volume être une cause de dystocie au cours d'un accouchement, de plus elle peut être à ce moment une source d'infection. La grossesse est-elle une contre-indication à l'opération? Certes non, et l'on ne doit pas hésiter à intervenir, on sait d'ailleurs que les opérations pratiquées sur cette région au cours de la grossesse ne présentent aucune gravité. C'est ainsi que Bonnet opéra une femme enceinte de trois mois d'une bartholinite double, l'opération ne présenta rien de spécial et la grossesse suivit son cours.

En résumé, malgré le peu de gravité que constitue pour une malade le fait d'être atteinte de bartholinite chronique, devant le danger de contamination qu'elle représente vis-à-vis des autres, il ne faut pas hésiter à lui conseiller l'extirpation de la glande qui est le seul traitement rationnel et radical de son affection.

### **3° L'extirpation et les kystes de la glande de Bartholin.**

Nous nous contenterons de citer les diverses méthodes qui ont été employées sans nous y arrêter, considérant qu'il n'y a qu'une seule efficace, l'extirpation totale la plus précoce possible.

A cause de la marche très lente de l'affection, et s'il ne survient pas de complications, quelques médecins se contentent de l'expectation. On a conseillé ici encore en applications les émollients, les antiphlogistiques locaux (Huguier), les résolutifs (Ætius), la ponction avec un caustique (Lawrence) le bistouri, le thermo ou le galvanocautère.

Le cathétérisme suivi de l'évacuation du contenu du kyste a aussi été tenté, mais considéré comme inutile et dangereux, à cause de la difficulté qu'il y a de maintenir une aseptie permanente. Le séton a été employé (Dever, Ashwell, Cooper, Martin), ainsi que le drainage (Després, Doléris, Trélat).

A ces moyens on a préféré par la suite l'incision large pour éviter la fistule secondaire; et on y a joint la cautérisation des parois. On a également pratiqué l'excision ou la résection d'un ou plusieurs lambeaux de parois, en ajoutant la cautérisation de la paroi restante.

On a tenté aussi les injections modificatrices, de nitrate d'argent, de nitrate acide de mercure. Th. Auger a préconisé l'injection dans la glande d'une solution concentrée de chlorure de zinc, Cordier utilisait l'alcool à 40 %, Chéron la liqueur de Villate.

Verneuil, en vue de prévenir les hémorragies produites par les opérations au bistouri, a employé la diérèse non sanglante; l'écraseur à double chaîne et le galvano-cautère. C'est aussi à l'exérèse non sanglante, au thermocautère, que se rattachent Leblond, Doléris, Bonnet, Petit. Le broiement a réussi trois fois à Chéron pour de petits kystes; Leroux a essayé la compression seule, Ashwell l'a combinée avec le séton. Chéron et Mourey ont vanté la ligature élastique.

Mais en somme tous les auteurs conviennent qu'il n'est qu'un seul traitement rationnel : l'extirpation de la tumeur. Ce qui a fait hésiter si longtemps les chirurgiens d'autrefois, c'étaient les dangers de l'opération : d'hémorragie à une période où l'hémostase était mal connue, d'infection alors que l'aseptie n'était pas rigoureuse. Les médecins effrayés trouvaient que le remède avait plus de danger que le mal lui-même.

Il n'en est plus de même aujourd'hui où l'extirpation de la glande est considérée comme une opération bénigne. « L'opération, disent Dupuy et Rullier, n'offre pas de difficultés sérieuses, elle réclame un peu d'attention, de la prudence, et tout le monde même le moins habitué à la chirurgie, pourra la pratiquer aisément. » C'est pourquoi il y a lieu de conseiller l'extirpation aux malades porteuses de cette affection.

Il est un cas cependant où l'extirpation n'est pas indiquée, du moins immédiatement, c'est dans le cas où le kyste présente des signes d'inflammation. Il faut alors s'il y a urgence inciser, et sinon de préférence refroidir avec de la glace et un traitement local pour pratiquer ensuite l'extirpation à froid.

Ici encore, si le kyste, par son volume, pouvait être une cause de dystocie au cours de l'accouchement, la grossesse ne sera pas une contre-indication à l'extirpation que l'on devra pratiquer ici-même si le kyste est enflammé. Bulteau et Petit ont en effet opéré au cours de la grossesse sans aucun accident.

Peut-on pratiquer l'extirpation totale des deux glandes ? Winckel disait de ne pratiquer que celle d'une des deux glandes seulement, alors que Hügel déclarait avoir vu plusieurs cas où les glandes avaient été enlevées des deux côtés depuis des années sans qu'on ait eu à observer le moindre état d'irritation. Bonnet aurait noté, pendant un accouchement, une sécheresse particulière du rebord vulvaire, du fait de l'absence des deux glandes.

#### **4° L'extirpation dans le cancer de la glande de Bartholin.**

Sur ce point, tous les auteurs sont unanimes au sujet du traitement de cette affection, le seul possible est l'ablation large de la tumeur jusque en tissu sain. Comme pour tous les cancers, il s'agit ici d'opérer le plus tôt possible, le salut des malades résidant pour beaucoup dans la précocité du diagnostic et de l'intervention.

Il faudra faire suivre l'extirpation de l'évidement des ganglions de l'aine toutes les fois que l'on y trouvera une adénopathie, aussi minime soit-elle.

L'extirpation doit être conseillée même si le diagnostic est hésitant avec bartholinite chronique au kyste. La malade ne peut qu'y gagner puisque nous venons de voir que dans chacun de ces trois cas, l'extirpation est le seul traitement efficace.

Nous n'avons pas pu trouver de résultats publiés sur les suites éloignées de cette intervention. Dans un cas de M. le professeur Bégouin, opéré en 1904, la guérison se maintenait trois ans après. Il semble cependant que le cancer de la glande de Bartholin soit un « bon cancer ».

---

## CHAPITRE IV

### TECHNIQUE DE L'EXTIRPATION

---

Huguier, dans son *Mémoire à l'Académie de Médecine*, en 1850, relate la première ablation de la glande de Bartholin. Il embroche la glande d'un seul coup, et la divise au bistouri d'arrière en avant. Les deux moitiés sont alors disséquées séparément. Cette manière de faire est peu pratique : on risque de blesser à chaque instant le bulbe, accident assez sérieux que l'on fera bien d'éviter, car il entraîne des hémorragies graves. Une des malades de Huguier manqua de mourir.

R. Fauvel, dans sa thèse, donne deux procédés :

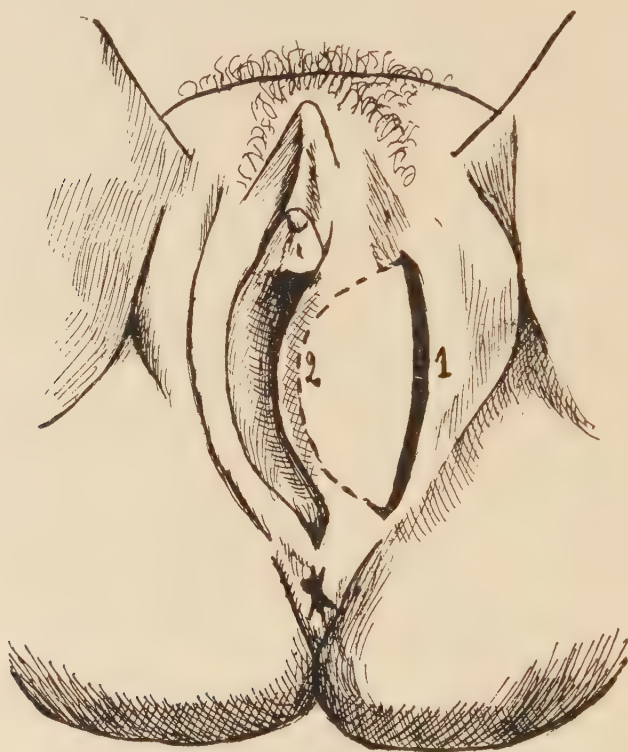
Dans le premier, il fait une incision parallèle au conduit excréteur de la glande, dans lequel il a introduit un stylet. Couche par couche, il sectionne perpendiculairement les fibres du constricteur du vagin, et finalement il dissèque la glande. Ce procédé, peu commode, oblige à opérer au fond d'un puits de dimensions minimales, et où il est difficile de se rendre compte de ce que l'on fait.

Le deuxième procédé est le plus couramment employé. On incise directement sur la tumeur, dans le prolongement de la ligne d'insertion de la petite lèvre. Avec un doigt dans le vagin, on énuclée la glande à travers l'incision, on la saisit avec une pince de Museux et on la dissèque de la superficie vers la profondeur. A la fin la glande ne tient plus que par son pédicule vasculaire que l'on sectionne après avoir essayé de le lier, ce qui est rarement possible. Dans ce procédé, la dissection n'est pas toujours facile, on opère en tissu enflammé et la glande est assez adhérente. De plus l'hémostase est très

difficile à réaliser, l'opération est très sanglante et, dans les suites opératoires, il n'est pas rare d'être obligé de compter avec un suintement sanguin, voire avec la formation d'un hématome douloureux, plus ou moins étendu, obligeant à faire sauter les sutures pour pratiquer un tamponnement.

### Technique

Voici la technique toute spéciale que nous avons vu employer par M. le professeur Guyot.

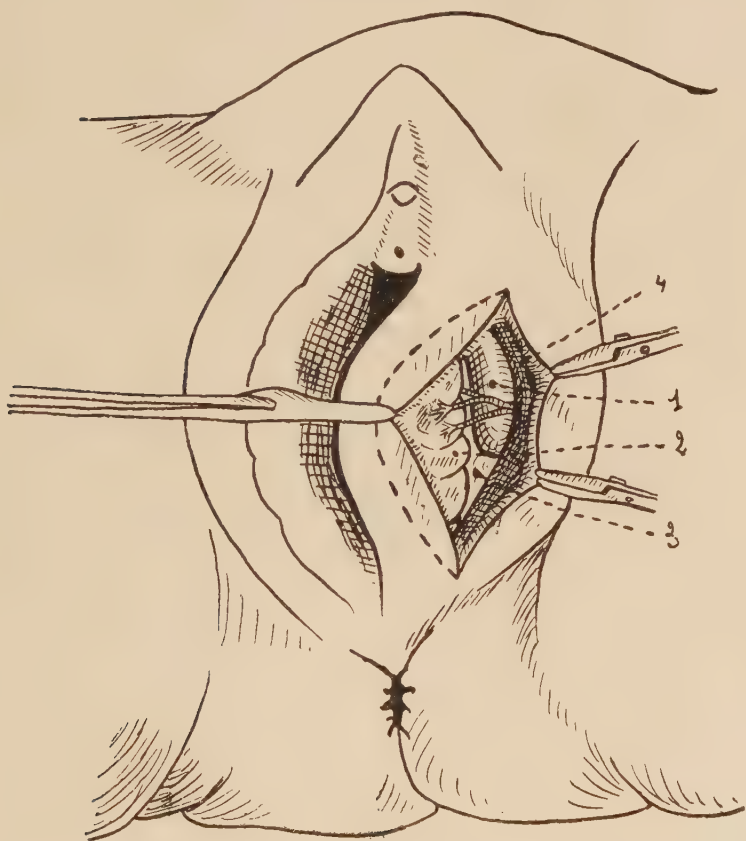


*Antiseptie.* — Après avoir fait la toilette de la vulve, on réalise l'antiseptie de la région avec de l'alcooliodé, ou mieux de l'essence de goménol.

*Anesthésie.* — On peut opérer sous anesthésie locale. Elle n'est cependant pas à recommander, surtout dans les bartholinites; pratiquée sur une région très enflammée, elle est dif-

ficile à réaliser et très douloureuse. Les difficultés que l'on peut rencontrer ultérieurement pour pratiquer l'hémostase sont également une contre-indication. Mieux vaut donc pratiquer l'anesthésie générale avec un anesthésique usuel.

**Mode opératoire.** — L'aide se place à gauche de la malade dans une bartholinite droite et inversement. On érigne les petites lèvres en dedans, et les grandes lèvres le plus possible en dehors, on aperçoit ainsi la saillie de la glande.



1. Bulbe du vagin. — 2. Glande de Bartholin. — 3. Plan de clivage. —  
4. Muscle constrictor de la vulve.

Au lieu d'inciser à l'endroit classique, dans le prolongement de la ligne d'insertion de la petite lèvre, on reporte l'incision plus en dehors, à la limite de la muqueuse et de la peau de la

grande lèvre, et sur cette peau même (1, fig. I). Cette incision verticale, un peu elliptique, à concavité interne, nous permet d'arriver sur la face externe de la glande, et là, entre la glande en dedans et le bulbe du vagin en dehors, existe un plan de clivage (fig. II) que l'on trouve le plus souvent facilement et du premier coup.

On libère alors toute la région externe de la glande et on amorce en même temps le décollement postérieur de celle-ci.

Ayant érigné la glande, on la tire vers le bas et on tend ainsi son pédicule vasculaire qui arrive à son pôle supéro-externe, artère et veine venant des vaisseaux bulbeux. On jette une pince sur le pédicule et, après l'avoir ligaturé et sectionné on a accès sur le pôle supérieur de la glande, à peu près sans hémorragie, le tronc artériel principal étant lié en premier, et non ses branches terminales.

A ce moment on trace sur la muqueuse recouvrant la glande une deuxième incision elliptique opposée, qui va rejoindre les deux extrémités de l'incision primitive (2, fig. I), et qui permet de décoller la glande de haut en bas et d'avant en arrière, telle qu'une amygdale. La dissection progresse lentement jusqu'au pôle inférieur de la glande.

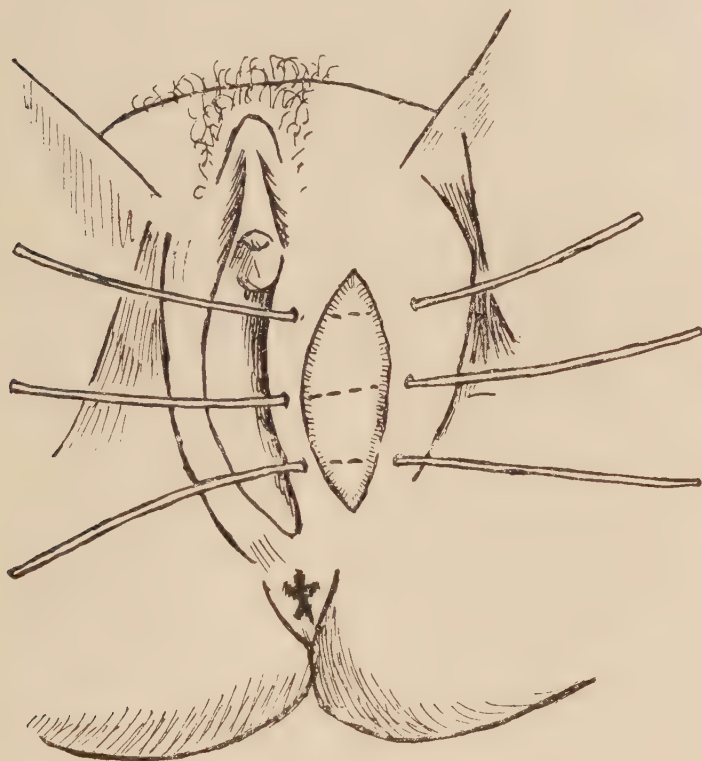
A ce moment, ayant poursuivi ce pôle le plus bas possible, et, dans certains cas, il descend jusqu'au voisinage immédiat du rectum, qu'il faut faire attention de ne pas léser, en l'attirant vers le haut, il n'existe plus qu'un petit pédicule secondaire qui retient la glande en bas, sur lequel on jette une pince, que l'on sectionne et l'exérèse est bien complète.

*Hémostase.* — On réalise l'hémostase soigneuse de la région, on remplace les pinces par des ligatures, et on est étonné du petit nombre nécessaire à assurer une bonne hémostase.

*Fermeture.* — 1<sup>o</sup> On peut laisser tout ouvert, la cicatrisation s'effectue en un mois environ.

2<sup>o</sup> La plupart des chirurgiens préfèrent suturer, à points séparés aux crins fins, en laissant dans la poche un petit drain ou une mèche iodoformée faisant issue à la partie inférieure.

3° On peut enfin capitonner la poche, par plusieurs catguts perdus effaçant l'espace mort.



M. le professeur Guyot met deux ou trois crins profonds, passant au-dessous de la plaie opératoire, n'apparaissant pas dans la surface cruentée, et attachés sur une compresse.

#### **Suites opératoires.**

Il est utile de mettre une sonde de Pezzer à demeure pendant quelque temps. Sinon, faire uriner la malade en prenant des précautions pour qu'elle ne souille pas la plaie opératoire.

On peut également, avec avantage, constiper pendant quelques jours la malade.

Le pansement sera fait tous les jours soigneusement, et sera très absorbant.

On enlève les crins profonds dès le troisième ou quatrième jour. Les crins superficiels seront enlevés aussi assez précocement, du cinquième au septième jour.

On pratiquera tous les jours des lavages antiseptiques, et la malade restera au lit jusqu'à guérison que l'on peut fixer sauf complication du vingtième au vingt-cinquième jour.

Les complications possibles sont les mêmes qu'avec les autres procédés, hémorragie en moins. Ce sont la désunion des sutures et l'infection de la plaie opératoire. Elles n'ont d'autre effet que de retarder la cicatrisation, et de maintenir la malade un peu plus longtemps au lit, parfois un mois à un mois et demi.

#### **Avantages de cette méthode.**

1<sup>o</sup> L'attaque externe de la glande permet immédiatement de tomber sur le bon plan de clivage. Elle répond donc à la loi générale de bonne chirurgie : « Ne pas attaquer directement la tumeur ».

2<sup>o</sup> Cette même attaque permet de trouver aussitôt le pédicule principal et d'en faire l'hémostase avant de disséquer la glande.

L'hémostase est, en général, très satisfaisante, l'hémorragie secondaire fort peu à craindre.

3<sup>o</sup> L'extirpation est réalisée en bloc, « en côte de melon », de la glande et d'une tranche de muqueuse le plus souvent enflammée et qui gagne à être enlevée.

Les suites opératoires sont bonnes et les résultats éloignés excellents, l'ablation étant complète.

Cette technique est applicable dans toutes les affections de la glande de Bartholin, elle est même précieuse pour l'ablation de certains gros kystes adhérents difficiles à extraire par les autres procédés.

## CHAPITRE V

### OBSERVATIONS

---

#### OBSERVATION I

(Service de M. le Professeur GUYOT.)

Mlle R... (F.), 25 ans, couturière.

Entre le 5 novembre 1929 pour bartholinite.

Cette affection a débuté il y a une quinzaine de jours. La malade présente au niveau de la grande lèvre gauche une tumeur enflammée, douloureuse et gênant les rapports et la marche. Pas de température.

*Opération* le 19 novembre. Sous anesthésie générale, incision verticale de la grande lèvre gauche et incision elliptique sur la petite lèvre correspondante. Hémostase. Exérèse de la glande. Sutures. Mèche dans le vagin, sonde de Pezzer à demeure.

*Suites opératoires* : Normales.

La malade sort du service guérie, le 14 décembre.

#### OBSERVATION II

(Service de M. le Professeur GUYOT.)

Mme P... (A), 36 ans, sans profession.

Entre dans le service le 9 janvier 1930 pour bartholinite.

Le début de la maladie remonte à avril 1917, époque à laquelle la malade s'est mariée. Immédiatement après, abcès sur la grande lèvre gauche qui est incisé. A ce moment, pertes verdâtres, douleur à la miction. Depuis cette époque, il y a formation d'abcès chaque fois que la malade a des rapports avec son mari, une vingtaine environ, accompagnés d'élévation de température, d'une durée de quatre à cinq jours chacun.

*Opération* le 17 janvier 1930. Anesthésie générale, incision sur la grande lèvre gauche et la petite lèvre. Dissection et ablation de la poche, sutures, drainage.

*Suites opératoires* : Normales.

La malade sort guérie le 9 février.

### OBSERVATION III

(Service de M. le Professeur GUYOT.)

Mlle A... (J.), 32 ans, sans profession.

Entre dans le service le 15 juin 1931 pour une tumeur de la petite lèvre. Il y a environ 9 ans, la malade, après un premier accouchement, s'est aperçue qu'elle présentait à la petite lèvre droite une tumeur grosse comme un pois, indolore, ne la gênant pas. Mais depuis, cette tuméfaction a progressivement augmenté de volume, jusqu'à gêner la malade, surtout lors des rapports. C'est pour cela qu'elle vient consulter.

A l'examen, on constate une grosse tumeur, de la grosseur d'un pois, logée dans la petite lèvre droite qui disparaît presque complètement. Cette tumeur est rénitente, ne pénètre presque pas dans le vagin dont la paroi est souple et non infiltrée.

*Opération* le 26 juin 1931. Ablation sous anesthésie générale d'un kyste de la glande de Bartholin, avec sutures per primum. Au 1<sup>er</sup> juillet : suites opératoires normales, la partie inférieure de la suture s'est légèrement disjointe, avec formation d'une petite cavité que l'on panse à plat.

La malade sort guérie le 16 juillet.

### OBSERVATION IV

(Service de M. le Professeur GUYOT.)

Mme B..., 34 ans, sans profession.

Entre dans le service le 19 mai 1931.

Elle souffrait depuis 8 mois d'une bartholinite, perdant du pus par intermittence, tous les mois, tous les deux mois, avec élévation de température et douleur localisée dans les lèvres. Cette bartholinite fut incisée il y a huit jours pour la troisième fois et ceci décide la malade à entrer à l'hôpital.

*Opération* le 26 mai. Sous anesthésie générale légère, extirpation de la glande de Bartholin droite.

Bonnes suites opératoires.

Le 8 juin, la malade se plaint de douleurs vésicales causées, dit-elle, par la sonde; elles cessent avec la suppression de celle-ci.

Le 16 juin, la malade sort guérie.

### OBSERVATION V

(Service de M. le Professeur GUYOT.)

Mme F..., 30 ans, ménagère.

Entre dans le service le 16 juin 1931 pour bartholinite.

Pendant sept ans, la malade s'en tint au traitement médical. Ressentant au bout de ce temps des crises douloureuses de plus en plus violentes, la malade vient consulter et on lui conseille l'opération.

A l'examen, on ne constate pas de déformation, mais à la palpation profonde, on sent au niveau de la grande lèvre droite une glande augmentée de volume, indurée, mobile et indolore.

*Opération* le 23. Exérèse complète de la glande qui présente plusieurs kystes à contenu brunâtre. Capitonnage partiel.

*Suites opératoires* : Normales.

La malade sort guérie le 10 juillet.

#### OBSERVATION VI

(Service de M. le Professeur GUYOT.)

Mlle P... (A.), 29 ans, sans profession.

Entre dans le service le 10 septembre pour inflammation de la glande de Bartholin.

La malade, qui avait des pertes blanches, s'est aperçue il y a un mois en faisant sa toilette qu'elle avait dans la grande lèvre gauche une « grosseur » indolore à ce moment. Quinze jours après apparaissait une sensation de gêne à ce niveau, et une légère douleur à la marche. Dix jours plus tard, cette gêne s'est accentuée à la station debout, la glande est devenue de la grosseur d'un petit œuf de pigeon, la région est rouge, douloureuse et la malade ressent une sensation de tension.

Le traitement médical est essayé sans résultat, la tumeur devient volumineuse, très douloureuse, s'accompagnant d'anorexie et de fièvre, température à 40°. L'incision fait rentrer les choses dans l'ordre. La malade entre alors à l'hôpital pour que soit pratiquée l'extirpation.

*Opération* le 11 septembre 1931. Sous anesthésie générale, exérèse facile de la glande, hémostase partielle. Mèche iodoformée, sonde vésicale à demeure.

*Suites opératoires* : Normales.

La malade sort guérie le 26 septembre.

---



## CONCLUSIONS

---

I. L'extirpation de la glande de Bartholin est la méthode de choix de traitement des bartholinites aiguës, en dehors des cas d'urgence, quand la fluctuation pas trop prononcée montre que le pus n'est pas sur le point de se faire jour. Dans le cas contraire, il faut inciser, avec curettage des parois de la poche et extirper ensuite la glande quand tout est rentré dans l'ordre.

II. L'extirpation est le seul traitement radical et rationnel des bortholinites chroniques. Elle devra être pratiquée même pendant la grossesse si l'affection paraît pouvoir constituer au cours de l'accouchement une cause de dystocie.

III. Les kystes de la glande de Bortholin non enflammés sont justiciables de l'extirpation. S'il y a inflammation, il faut faire le traitement médical pour opérer ensuite à froid. La grossesse n'est pas ici encore une contre-indication.

IV. L'extirpation est le seul traitement du cancer de la glande Bartholin; elle doit être le plus procace possible et s'accompagner, en cas d'adénopathie, d'évidement des ganglions atteints.

V. L'incision, sur la face externe de la glande, sur la peau de la grande lèvre, permet de tomber sur un plan de clivage rendant facile la libération de la face externe de

la glande et la ligature du pédicule vasculaire supéro-externe. Une deuxième incision sur la muqueuse de la petite lèvre rend facile le décollement de haut en bas de la glande, la libération de son pôle inférieur et la ligature du pédicule vasculaire inférieur.

VI. Cette méthode permet une dissection facile de la glande, une bonne hémostase et une exérèse complète, en bloc. Elle met à l'abri des hémorragies secondaires et des récidives. Elle est applicable à toutes les affections de la glande de Bortholin.

Vu :  
*Le Doyen,*  
C. SIGALAS.

Vu, bon à imprimer :  
*Le Président de thèse,*  
GUYOT.

Vu et permis d'imprimer :  
Bordeaux, le 7 décembre 1931  
*Le Recteur de l'Académie,*  
F. DUMAS

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Ashwell.** — *Practical treatise of the diseases particular to women*  
Londres, 1845.
- Bégouin.** — Epithélioma primitif de la glande de Bartholin (*Revue de médecine de Bordeaux*, 1906).
- Bonnet.** — *Gazette des hôpitaux*, 16 juin 1888.
- Branca.** — *Traité d'histologie*.
- Chaboux.** — *Des tumeurs malignes primitives de la glande de Bartholin*, thèse, Lyon, 1906.
- Chevalérias.** — Kystes et abcès de la glande vulvo-vaginale (*Gazette des hôpitaux*, 16 juin 1888).
- Chéron.** — Traitement des kystes de la glande de Bartholin par la ligature élastique (*Gazette des hôpitaux*, 1876).
- Chourakine.** — Kystes de la glande de Bartholin (*Semaine gynécologique*, 1896).
- Cordier.** — *Société de Chirurgie*, Lyon, 1897.  
— *Annales de gynécologie*, juillet 1898.
- Cullen.** — Cysts of Bartholin's gland (*Journal of the American Association of Chicago*, 1905).
- De Amicis.** — L'abcès de la glande vulvo-vaginale et la fistule vulvo-rectale (*Giornale internazionale delle scie. med.*, 1880).
- Diday et Doyen.** — *Thérapeutique des maladies vénériennes*, 1876.
- Doléris.** — *La gynécologie*, février 1905.
- Dujon.** — *Etude sur les glandes vulvo-vaginales et leurs abcès* (thèse, Paris, 1897).
- Dupuy (Raoul) et Rullier (Georges).** — Des bartholinites aiguës et chroniques (*Revue de gynécologie et chirurgie abdominale*, 1908).
- Fauvel.** — *Thèse*, Paris, 1886.
- Fostier.** — *Contribution à l'étude des bartholinites et en particulier de leur traitement* (thèse, Paris, 1899).
- Franco.** — *Contribution à l'étude des bartholinites et en particulier des formes chroniques* (thèse, Paris, 1900).

- Gomez.** — *Contribution à l'étude du cancer primitif de la glande de Bartholin* (thèse, Montpellier, 1914).
- Gosselin.** — *Cliniques de l'hôpital de la Charité*, 1873.
- Granier.** — *Contribution à l'étude des bartholinites et de leur traitement* (thèse, Montpellier, 1910).
- Hallé.** — *Thèse*, Paris, 1898.
- Hamonie.** — *Des bartholinites chroniques* (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 1883).
- Huguier.** — *Mémoire à l'Académie de Médecine*, 1850.  
— *Annales des sciences naturelles*, 1850.  
— *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1852.
- Jullien.** — *Traité des maladies vénériennes*, 1886.
- Lacamp.** — *Des kystes de la glande de Bartholin* (thèse, Paris, 1907).
- Langlebert.** — *Traité pratique des maladies vénériennes*, 1885.
- Leroux.** — *Thèse*, Paris, 1878.
- Mareschal.** — *Thèse*, Paris, 1873.
- Martin** (Claude). — *Histologie des kystes de la glande de Bartholin* (*Archives chirurgicales de Bordeaux*, 1898).
- Migot.** — *Considérations sur les abcès de la glande vulvo-vaginale* (thèse, Paris, 1899).
- Mourey.** — *Kystes des grandes lèvres traités par la ligature élastique* (thèse, Paris, 1882).
- Pillet.** — *Kystes et sclérose de la glande de Bartholin* (*Bulletin de la Société anatomique*, 1893).
- Poirier.** — *Traité d'anatomie humaine*, t. V.
- Pozzi.** — *Traité de gynécologie*.
- Raffali.** — *Thèse*, Montpellier, 1903.
- Saenger.** — *Schmitz Jarhbucher*, 1899.
- Salmon.** — *De la blennorragie du conduit excréteur de la glande vulvo-vaginale* (*Revue médico-chirurgicale*, 1853).
- Savournin.** — *Cancer primitif de la glande de Bartholin* (thèse, Bordeaux, 1908).
- Testut.** — *Traité d'anatomie humaine*, t. IV.
- Testut et Jacob.** — *Traité d'anatomie topographique*, t. II.
- Verchère.** — *De la blennorragie chez la femme*, 1894.
- Verneuil.** — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, n° 23, juin 1874.
- Winckel.** — *Cysten. der scheid.* (*Archiv. f. gyn. Berlin*, 1871, B. 2, p. 383); *Lehrbuch der frauen krankheiten*, 2<sup>e</sup> édition, Leipzig, 1090, p. 29, 61.
- Zeissl.** — *Traité des maladies vénériennes*, 1888.

---

Imprimerie J. BIERE, 18 rue du Peugue, Bordeaux, 1931.

---





